

## ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОТЧЕТ О ПРАВЕ НА ПОМОЩЬ

Для денежной помощи и талонов на питание



ЭТО - ОТЧЕТ ЗА МЕСЯЦ

- Заполните, подпишите и верните этот отчет до 5 числа месяца.
- Если вы не пришлете заполненный отчет, включая ответы на все вопросы, но не ограничиваясь этим, и приложив доказательства, когда мы их просим, Ваши льготы могут быть задержаны, изменены или остановлены. Приложите дополнительный лист, если необходимо.
- Вы обязаны сообщить **в течение 5 дней** о любых изменениях, которые могут повлиять на ваше право на получение или сумму денежной помощи.
- Если вы получаете талоны на питание, ответьте на каждого, проживающего в вашем доме. Если вы не получаете талоны на питание, ответьте на каждого, получающего денежную помощь, включая детей, родителей, приемных родителей, супруга(у) и лиц, временно отсутствующих в доме.
- В результате приведенных фактов, ваши льготы могут увеличиться, уменьшиться или быть остановлены.

Нужна помощь? Позвоните работнику программы. Работник:

Телефон №:

## (1) Получил ли кто-либо деньги за работу или обучение?

Если "ДА", заполните ниже. Включите чаевые, отпускные или натуральный доход, как например: заработанное жилье. Укажите общий доход до вычетов за каждую неделю месяца. **Приложите корешки чеков или другое доказательство дохода.**

 ДА  НЕТ

- Если имеете свой бизнес: Для талонов на питание: Укажите издержки бизнеса на отдельном листе и приложите доказательства доходов и издержек. Для денежной помощи: Приложите доказательства доходов. Если указываете действительные расходы, перечислите расходы на бизнес на отдельном листе и приложите доказательства издержек.

Кто получил доход	Имя работодателя (✓)	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
	<input type="checkbox"/> РАБОТА <input type="checkbox"/> ОБУЧЕНИЕ	Кол-во отработанных часов					

  

Кто получил доход	Имя работодателя (✓)	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
	<input type="checkbox"/> РАБОТА <input type="checkbox"/> ОБУЧЕНИЕ	Кол-во отработанных часов					

## (2) Если кто-либо из вышеуказанных платил за присмотр за ребенком, инвалидом или другим иждивенцем во время работы, поисков работы или обучения, укажите здесь и приложите доказательства платежа.

Имя лица, за кем присматривали	Стоимость	Имя лица, за кем присматривали	Стоимость
	\$		\$

## (3) Получил ли кто-либо деньги или льготы из любого другого источника?

Включите: алименты на ребенка/супруга(а); проценты или дивиденды; выигрыш в лотерее или азартные игры; выплата от страховых компаний или юридического урегулирования; льготы забастовщиков; наличие, подарки, займы, стипендии; возврат переплаченных налогов; любые государственные льготы, как социальному страхованию, доход дополнительного страхования/дополнительная программа штата (SSI/SSP), пособие по безработице, компенсация за производственную травму, компенсация по инвалидности, выплачиваемая штатом, пенсия ветеранам или работникам железной дороги, другие частные или государственные льготы по инвалидности или пенсии; доход от аренды или помощи с арендой; бесплатное жилье/коммунальные услуги/одежда/еда или любое другое. Если "ДА", заполните ниже. **Приложите доказательства.**

Кто получил доход	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					

## (4) Если кто-либо получает талоны на питание и заплатил присужденные судом алименты за этот месяц, укажите, какая сумма была уплачена. Сообщите обо всех изменениях в решении суда. Приложите доказательства. \$

Кто получает доход	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования.)

E.W. INITIALS

DATE:

<b>6</b>	В течение этого отчетного месяца был ли осужден какой-либо член семьи за преступление, связанное с владением, использованием или распространением наркотиков и/или контролируемых веществ? Если "ДА", заполните ниже:					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ПОЛНОЕ ИМЯ ЛИЦ(А)		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВАМ	ДАТА СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ СВЯЗАННОГО С НАРКОТИКАМИ	ДАТА ОСУЖДЕНИЯ	ОСУЖДЕНИЕ БЫЛО ЗА <input checked="" type="checkbox"/> ВЛАДЕНИЕ <input type="checkbox"/> РАСПРОСТРАНЕНИЕ <input type="checkbox"/> ПРИМЕНЕНИЕ <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (ОБЪЯСНITE)	
<b>7</b>	Кто-либо въехал или выехал из вашего дома или вы въехали в дом к кому-либо? Включите: новорожденных, временно отсутствующих, умерших, поступивших в больницу или выписавшихся из нее и т.п. Если "ДА", заполните ниже:					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ПОЛНОЕ ИМЯ ЛИЦ(А)		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВАМ	ОБЪЯСНИТЕ, ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ		ДАТА, КОГДА ПРОИЗОШЛО ИЗМЕНЕНИЕ	
<b>8</b>	Хочет ли кто-либо добавить что-нибудь еще? Включите ожидаемые изменения. Приложите доказательства, включая любые издергки: Если "ДА", заполните ниже:					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Доход:</b> Начался, изменился или прекратился.</li> <li>• <b>Работа/Обучение:</b> Начали, окончили, бросили, отказались от работы или обучения, изменилось количество часов <b>или</b> начали забастовку.</li> <li>• <b>Школьный возраст</b> <b>Только для денежной помощи:</b> Прекратили или начали от 6 до 17: регулярно посещать школу.</li> <li>• <b>Школьный возраст</b> Начали или прекратили обучение в школе или колледже. Стоимость обучения, школьного транспорта и т.п.</li> <li>• <b>Собственность:</b> Купили, продали, обменяли, отдали или получили автотранспорт, дом, землю или доверительную собственность и т.п. (личное или бизнес)</li> <li>• <b>Сберегательный/чековый счет:</b> Баланс сберегательного, чекового счета, счета ЕВТ за прошлый месяц.</li> <li>• <b>Гражданство/иммиграционный статус:</b> Изменения в гражданском или иммиграционном статусе, получение новой карточки, анкеты или письма из INS.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Дети:</b> Беременность, роды, аборт или выкидыш.</li> <li>• <b>Семейное положение:</b> Женились, развелись или проживаете раздельно.</li> <li>• <b>Инвалидность:</b> Стали нетрудоспособны или выздоровели после серьезной болезни или инвалидности.</li> <li>• <b>Медицинские расходы:</b> <b>Только для талонов на питание:</b> любое лицо, которое нетрудоспособно, 60 лет или старше, <b>может сообщить о новых</b> медицинских расходах, которые не учитываются при расчете Вашего пособия.</li> <li>• <b>Страховка:</b> Началось, окончилось или изменилось страхование жизни, медицинская или зубоврачебная страховка, включая покрытие MEDICARE.</li> <li>• <b>ИHSS:</b> Начались или прекратились услуги по ведению домашнего хозяйства и личному обслуживанию.</li> </ul>				
ИМЯ ФАМИЛИЯ ЛИЦА		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ОБЪЯСНИТЕ, ЧТО ПРОИЗОШЛО		ДАТА ИЗМЕНЕНИЯ	
<b>ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА</b> Заполните эту секцию ТОЛЬКО, если вы переехали или у вас новый почтовый адрес. Если вы получаете талоны на питание, вас могут попросить предоставить доказательство стоимости нового жилища.						
НОВЫЙ ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, AVENUE, BLVD., И Т.П.) НОМЕР КВАРТИРЫ. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС			ГОРОД	ШТАТ	НОВЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )	
ДАТА ПЕРЕЕЗДА	НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО АДРЕСА)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Проживаете ли вы бесплатно по указанному вами адресу? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ      Если "НЕТ", сумма \$ _____.			Бесплатные коммунальные услуги? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ      Если "НЕТ", сумма \$ _____.			
<b>ЗАЯВЛЕНИЕ</b>						
<p><b>Я ПОНИМАЮ, ЧТО:</b> Сознательное несообщение всех фактов или сообщение ложных фактов насчет моего дохода, собственности или семейного положения с целью получения или продолжения получения помощи или льгот преследуется по закону. Я могу быть осужден за совершение фелонии (преступления), если больше, чем \$400 в виде денежной помощи, талонов на питание и/или Medi-Cal/State CMSR, было ошибочно выплачено, И я могу быть приговорен к:</p> <p><b>НАКАЗАНИЮ ЗА ОБМАН ПРОГРАММ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:</b> Если я сознательно не буду соблюдать правила программы денежной помощи, моя денежная помощь может быть уменьшена на период времени и я могу быть оштрафован на сумму до \$10,000 и/или тюремное заключение сроком до 3 лет. Моя денежная помощь может быть остановлена:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За непредоставление всех фактов или за сообщение ложных фактов: 6 месяцев - за первое нарушение, 12 месяцев - за второе или навсегда - за третье.</li> <li>• За подачу более, чем одной анкеты, для получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года - за первое осуждение, 4 года - за второе, или навсегда за третье.</li> <li>• За осуждение за мошенничество с целью получения помощи обманным путем: 2 года - за кражу суммы до \$2,000; 5 лет - за сумму от \$2,000 до \$4,999.99; и навсегда - за сумму \$5,000 и выше.</li> <li>• Навсегда: за предоставление округу ложного доказательства о месте жительства для того, чтобы получить помощь в двух или более округах или штатах одновременно; за предоставление округу ложных фактов о детях, которые не имеют права на помощь или о несуществующем ребенке; за получение более, чем \$10,000 наличными, путем мошенничества; за третье осуждение в суде или при слушании дела администрации штата о мошенничестве.</li> </ul>						
<p>ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ЭТУ ОТЧЕТ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТУ ОТЧЕТ БУДУТ ПРИЗНАН НЕЗАКОНЧЕННЫМ.</p> <p><b>9</b> Сознавая ответственность за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что факты, содержащиеся в этом отчете правильны и правдивы и предоставлены за весь отчетный месяц.</p> <p><b>КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬСЯ НИЖЕ:</b> <b>Денежная помощь:</b> Вы, Ваш(а) супруг(а) получающий(ая) помощь и второй родитель (детей, получающих денежную помощь), если проживает в доме.</p> <p><b>Талоны на питание:</b> глава семьи, член или уполномоченный представитель семьи.</p>						
ПОДПИСЬ ИЛИ ОТМЕТКА 			ДАТА ПОДПИСИ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ ( )	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ 			ДАТА ПОДПИСИ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ (ЕСЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ), ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ. 		ДАТА ПОДПИСИ